FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OTITE MOYENNE CATARRHALE SUBAIGUË

ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Célestin-Joseph-Alfred PELLETIER

Né à Saint-Pierre (Ile d'Oléron), le 16 décembre 1854.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
ARNOZAN,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OTITE MOYENNE CATARRHALE SUBAIGUË

ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1888

PAR

Célestin-Joseph-Alfred PELLETIER

Né à Saint-Pierre (Ile d'Oléron), le 16 décembre 1854.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
ARNOZAN,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes....	MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE FLEURY

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERGET

Professeur de Physique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Instruction publique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0087

A Monsieur le Professeur agrégé PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux.

A mon Ami

Monsieur le Professeur Agrégé LAGRANGE

AVANT-PROPOS

La fréquentation depuis quelques mois de la Clinique libre de M. le Dr Moure nous ayant procuré l'occasion d'examiner un très grand nombre d'organes auditifs, nous avons été frappé de la grande fréquence avec laquelle on observait des cas d'otite moyenne catarrhale subaiguë dans le jeune âge.

Le nombre considérable de malades que nous avons pu observer nous a en outre permis de suivre presque par étapes l'évolution de l'affection, et il nous a de la sorte été possible de nous convaincre que, dans certains cas, la non-intervention ou un traitement trop retardé pouvaient avoir de fâcheuses conséquences.

En considérant en effet tout le soin que dans les pays civilisés on apporte à l'éducation des sens de l'enfant, pour le rendre plus tard apte à jouer dans la société où il devra vivre un rôle digne, on s'étonne à bon droit de voir parfois la négligence coupable et le dédain avec lesquels on laisse ces mêmes sens en proie à des lésions qui pourront être irrémédiables.

C'est ainsi que nous avons été amené à prendre pour sujet de notre travail inaugural, l'*Otite moyenne catarrhale subaiguë chez l'enfant* (1), et nous avons cru faire œuvre juste et

(1) Nous tenons à ce qu'il soit bien entendu dès maintenant, que le mot *enfant* n'est pas dans notre étude pris dans son sens absolu. Nous ne voulons pas parler en effet de cet âge qui s'étend jusqu'à 7 ans, dernier terme qu'on est d'ordinaire convenu d'assigner à l'enfance. Pour nous, *enfance* est ici pris dans un sens plus général et signifie *jeune âge*. On verra en effet dans notre statistique, que nous comprenons des cas de personnes âgées de 20 ans ; c'est uniquement dans le but de montrer qu'après l'âge de 15 ans l'affection qui nous occupe devient rare.

utile en même temps, en appelant l'attention des médecins sur une affection qui, bien que très fréquente, n'est pas toujours de leur part l'objet de la constante préoccupation qu'elle mériterait.

On pourra peut-être nous faire le reproche de n'avoir pas choisi un sujet neuf ; nous ne chercherons pas à nous défendre d'une pareille accusation, car tel n'a jamais été notre dessein. La nouveauté n'est du reste pas chose toujours facile, et souvent les bénéfices qu'on en retire sont assez minimes. Notre but est plus modeste et si nous pouvions l'atteindre nous ne croirions pas nos efforts dénués de tout intérêt.

Que M. le professeur Vergely, dont nous avons eu jadis l'honneur d'être l'élève, et qui veut bien aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse, nous permette de le remercier sincèrement de cette marque de faveur.

Nous avons puisé dans le cours de notre travail, auprès de M. le Dr Moure qui nous a mis entre les mains tous les matériaux dont nous avions besoin, de précieux conseils. Son enseignement généreux nous aura été, nous osons l'espérer, très profitable et dans tous les cas fort intéressant; nous tenons ici à lui dire toute la gratitude que nous lui en avons.

Enfin notre camarade, M. Natier, interne des hôpitaux et chef de clinique de M. Moure, voudra bien nous laisser aussi le remercier pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous faire profiter de sa connaissance des langues vivantes dans la lecture originale des auteurs anglais et allemands.

Notre travail comprendra 12 chapitres et sera divisé de la façon suivante :

Chapitre I. — Historique.
Chapitre II. — Définition.
Chapitre III. — Etiologie.
Chapitre IV. — Pathogénie.

Chapitre V. — Symptomatologie
Chapitre VI. — Complications.
Chapitre VII. — Anatomie pathologique.
Chapitre VIII. — Marche et terminaison.
Chapitre IX. — Diagnostic.
Chapitre X. — Pronostic.
Chapitre XI. — Traitement.
Chapitre XII. — Observations.

Enfin nous terminerons par quelques conclusions et un court Index bibliographique des principaux traités et revues parus jusqu'à ce jour.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OTITE MOYENNE CATARRHALE SUBAIGUE

ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Sans vouloir, comme il est de tradition dans toute question de médecine, faire remonter à Hippocrate la connaissance et l'étude des affections de l'oreille, nous dirons pourtant que ce serait une erreur de croire que ces maladies n'ont été bien connues que de nos jours.

L'otite moyenne subaiguë, à l'étude de laquelle nous consacrons notre travail inaugural, était en effet connue dès le commencement du siècle, bien qu'à ce moment on ne sût pas examiner le tympan avec autant de précision qu'aujourd'hui.

Alard, auquel nous sommes redevables d'une bonne étude sur le catarrhe des oreilles, avait très bien remarqué les phénomènes qui se produisaient dans les cas de réplétion croissante de

la caisse, et aussi le retentissement douloureux qui résulte de l'hypertension de la membrane du tympan. Itard, qui le premier publia un ouvrage traitant d'une manière méthodique des maladies des oreilles, pose en maître les principes du traitement.

Plus tard, nous trouvons la question étudiée dans les traités de Tricquet et Bonnafont en France, de Lincke et Kramer en Allemagne. Mais pour avoir des descriptions complètes et un traitement bien compris, il est nécessaire d'arriver aux ouvrages contemporains.

En 1873, le professeur Duplay (1), constatait qu' « un immense progrès avait été accompli dans ces 15 ou 20 dernières années, et il faut bien l'avouer, les travaux qui ont le plus contribué à relever scientifiquement et moralement l'otologie nous sont venus de l'Angleterre et de l'Allemagne : Wilde, Toynbee, Tröltsch, Politzer, Schwartze, Grüber, Moos, Voltolini doivent être cités au premier rang ». « Les étrangers, il est vrai, semblent avoir produit plus que nous sur ces matières, mais tout progrès ne vient pas d'eux. » Cette remarque de Turbaux fort juste en 1879, à l'époque où il écrivait sa thèse, l'est bien plus actuellement. Un nouvel essor vient en effet d'être donné en France à l'étude des maladies de l'oreille et à côté des traités spéciaux fort sérieux, de Bonnafont, de Gellé, Miot et Baratoux, il existe maintenant un assez grand nombre de revues périodiques où sont consignés de nombreux et intéressants travaux relatifs à l'otologie. Il suffira, du reste, d'ouvrir ces recueils pour se convaincre que nous ne sommes plus en retard à ce point de vue sur nos voisins d'Outre-Manche et d'Outre-Rhin.

---

(1) *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. IV, p. 2, 1873.

CHAPITRE II

DÉFINITION

Les affections catarrhales de l'oreille peuvent se présenter sous des formes diverses qu'il est possible de ramener à trois types principaux. Elles peuvent être : 1° aiguës; 2° subaiguës; 3° chroniques.

La forme aiguë est caractérisée par une marche rapide avec un cortège symptomatique tout particulier. Dans la forme chronique la marche est insidieuse, lente, et l'affection définitive est fort longue à s'établir. Ce sont là des types très-nettement tranchés et entre lesquels la confusion n'est guère possible.

Quant à la troisième forme ou otite catarrhale moyenne subaiguë, celle dont nous nous occuperons ici, elle tient à la fois des deux précédentes. On peut en effet voir une otite moyenne primitivement aiguë, perdre de son intensité et devenir par la suite subaiguë. De même, il n'est pas rare que des otites catarrhales chroniques, sous l'influence de certaines conditions que nous déterminerons plus loin, reçoivent une poussée subaiguë qui, pour aussi longtemps qu'agiront les causes qui l'auront occasionnée, constituera le symptôme prédominant (1).

« Ces causes relèvent autant du sujet que du milieu ambiant, et cette complicité des causes extérieures qui font naître, avec

---

(1) Notons au passage que le plus souvent les affections catarrhales de l'oreille sont d'abord aiguës, subaiguës, puis finalement deviennent chroniques.

l'état diathésique qui entretient, explique assez l'entremêlement des deux formes subaiguë et chronique de la maladie. La première devient un épisode du commencement ou du cours de la seconde et cette circonstance, outre qu'elle varie à l'infini la symptomatologie du catarrhe, ajoute aux difficultés de sa description » (Turbaux).

On pourrait donc définir l'otite moyenne subaiguë : *l'inflammation catarrhale, avec ou sans exsudat de la muqueuse qui tapisse les parois de la caisse et généralement aussi celle de la trompe d'Eustache.*

Tout en reconnaissant que par la suite et sans passer par la forme chronique l'otite moyenne subaiguë peut devenir purulente, nous n'entendons décrire ici exclusivement que *l'otite moyenne subaiguë catarrhale.*

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Les conditions étiologiques capables de provoquer l'apparition du catarrhe de l'oreille moyenne sont de deux ordres : 1° les unes, prédisposantes ; 2e les autres, déterminantes.

Causes prédisposantes

Age. — Nous nous sommes donné pour tâche d'étudier l'otite moyenne catarrhale subaiguë chez les enfants; c'est en effet à cette époque de la vie qu'on la voit le plus fréquemment apparaître et elle va en diminuant dans l'âge adulte et dans la vieillesse. Il est même assez rare d'en constater les manifestations aux périodes extrêmes de l'existence. Le relevé statistique que M. le docteur Moure a bien voulu nous accorder de faire, des cas soignés à sa clinique libre, nous a permis d'établir que 117 cas s'étaient présentés à sa consultation. Or, nous avons cherché d'après ce chiffre de malades, à quelle période exacte de l'enfance correspondait le plus grand nombre d'otites moyennes catarrhales subaiguës. Ces recherches nous ont permis de dresser le tableau suivant :

De	1 à 5	ans,	15 cas
—	5 à 10	—	62 —
—	10 à 15	—	27 —
—	15 à 20	—	13 —

Il est de la sorte très facile de se rendre compte que c'est

bien dans les premières années que nous observons le plus souvent cette affection. Ce fait n'a du reste rien de surprenant en lui-même, et nous en trouverons plus loin, au chapitre de la pathogénie, l'explication toute naturelle.

Sexe. — Les deux sexes sont sujets au catarrhe subaigu de l'oreille moyenne. Il est pourtant un fait qui nous a frappé dans notre relevé statistique; c'est de voir que le nombre des garçons atteints était de deux tiers presque plus considérable que celui des filles (87 garçons pour 30 filles). Nous ne sachons pas qu'on ait donné d'explication à cet égard. Nous serions, quant à nous, tout disposé à admettre que les garçons étant en général beaucoup plus libres de leurs actions que les jeunes filles, sont par cela même plus fréquemment exposés aux causes déterminantes.

Climat. — Le climat joue certainement un rôle dans l'apparition de la maladie. « On l'observe surtout chez les jeunes personnes qui habitent des pays bas et humides, d'un tempérament lymphatique avec une plus ou moins grande prédisposition aux scrofules » (1). Cette remarque de Bonnafont est pleine de justesse et il a parfaitement raison de réfuter l'opinion de Kramer qui, après avoir admis la fréquence de l'otite chez les personnes qui vivent sous l'influence des climats froids, humides et brumeux, en vient plus tard sinon à nier, du moins à considérer cette maladie comme très rare.

Saisons. — On peut aussi dire que les saisons influent beaucoup sur l'apparition de l'otite moyenne catarrhale subaiguë. Il est en effet digne de remarque que c'est surtout à l'hiver et au printemps que s'observent les cas les plus fréquents. Cependant, de même que pour les bronchites et les pneumonies, dans les saisons chaudes ou tempérées, les variations brusques de

(1) J.-B. Bonnafont. Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille, Paris, 1860.

température, comme nous aurons l'occasion de le constater plus loin, déterminent souvent des affections catarrhales de l'oreille.

Milieu. — On ne saurait dans certains cas nier l'influence fâcheuse du milieu où ils vivent, sur l'organe de l'ouïe de quelques enfants. Il est exact que ceux qui sont constamment renfermés dans un espace confiné, où l'air toujours vicié n'est qu'insuffisamment renouvelé, comme cela s'observe souvent dans certaines habitations ou dans certaines écoles (1), sont de par ce seul fait très prédisposés pour l'oreille, comme du reste pour les autres organes, à contracter des maladies qui très souvent ne se manifesteront pas chez des enfants élevés dans d'excellentes conditions hygiéniques.

Diathèses. — La strume sous toutes ses formes, la syphilis héréditaire ou acquise, la tuberculose et l'athrepsie qui presque toujours n'est que la résultante de ces diverses diathèses, sont autant de causes éminemment favorables au développement de l'affection. « En 1869, écrit Parrot, je disais déjà que la plupart des enfants chez qui j'avais rencontré l'otite moyenne avaient été en proie à des troubles de la nutrition par le fait d'une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature. Aujourd'hui, je dis que cette inflammation est intimement liée à l'athrepsie et qu'on ne la rencontre que chez les nouveau-nés qui en ont subi les atteintes soit comme maladie primitive, soit comme complication. »

Affections de voisinage. — Les relations anatomiques qui unissent intimement l'oreille moyenne à l'espace naso-pharyngien font tout de suite penser au retentissement que peuvent avoir sur elle les affections de cet espace. Le catarrhe chro-

(1) Dans les écoles, ce sont aussi les courants d'air qui donnent très souvent lieu à l'otite moyenne catarrhale.

nique du nez et du pharynx, les végétations polypoïdes (assez rares dans l'enfance, il est vrai), les tumeurs malignes ou autres mettront l'oreille moyenne dans des conditions de résistance moindre et par suite la rendront plus propre à être atteinte. Mais il est une catégorie de productions hyperplasiques, localisées à l'espace naso-pharyngien et qui ont été décrites avec précision, en premier lieu par Wilhem Meyer (de Copenhague) (1), sous le nom de *végétations adénoïdes*, auxquelles beaucoup d'enfants sont redevables des catarrhes qu'ils voient fréquemment se développer dans leurs oreilles. Nous reviendrons dans le courant de cette étude sur cette question des végétations adénoïdes et nous nous attacherons à en démontrer toute l'importance.

Causes déterminantes.

Froid. — Nous rangeons en première ligne parmi ces causes, le froid. Chacun sait en effet combien facilement sont affectées par un temps froid (2) les muqueuses respiratoires. Ce fait est d'une notoriété trop vulgaire pour qu'il nous soit utile d'y insister. Il sera donc tout naturel par les temps froids d'observer un plus grand nombre de catarrhes subaigus de l'oreille moyenne. Or, en consultant le tableau que nous avons dressé d'après le relevé statistique de la clinique de M. Moure,

---

(1) Hôpital Titender, nov. 1868 et Archiv. F. Ohrenheilk VII et VIII. — Voir aussi Wendt Ziemmsen's Handbuch, t. VII, 1874.

(2) Ce ne sont pas les froids secs, ce sont au contraire les froids humides, comme les temps de pluie et de brouillards avec abaissement de température qui engendrent, comme chacun a pu le constater, des catarrhes des muqueuses respiratoires et de leurs congénères.

voici comment nous avons par mois, trouvé répartis les différents cas :

Janvier.	6	cas
Février.	12	»
Mars	14	»
Avril.	9	»
Mai.	10	»
Juin.	11	»
Juillet	12	»
Août.	3	»
Septembre. . . .	11	»
Octobre	10	»
Novembre	10	»
Décembre	9	»

Ces chiffres sembleraient presque au premier abord en contradiction avec ce que nous disions tout à l'heure. Mais cependant nous ferons remarquer que le plus grand nombre de cas ont été observés en mars (14 cas), et en février (12 cas); il est aussi vrai que les mois de mai (10 cas), juin (11 cas), juillet (12 cas) ont été presque aussi funestes aux petits malades. Mais ce ne sont là que contradictions apparentes, car les variations de température ayant pu survenir à cette époque sont capables d'expliquer ce fait. C'est qu'en effet, le froid agit d'autant plus sûrement qu'il survient d'une façon plus inopinée et succède à une température plus élevée.

C'est de la même façon qu'on a pu voir se manifester la maladie à la suite d'applications, sur la région de l'oreille, de corps ou trop chauds ou trop froids (cataplasmes, compresses, action de se coucher la face contre la terre humide).

Maladies aiguës. Fièvres éruptives. — Fréquentes sont les otites apparaissant dans le cours ou au déclin d'une pneumonie, d'une bronchite, d'une pleurésie même. Mais de toutes, les fiè-

vres éruptives sont assurément les causes qui y donnent le plus communément lieu. Dans l'espace de trois années, Burckhardt-Mérian dit n'avoir pas traité moins de 1,193 cas d'otites survenues à la suite de fièvres éruptives. En première ligne, il faut placer la rougeole qui s'accompagne avec une régularité malheureusement trop grande de complications auriculaires. Après elle, la scarlatine revêt parfois des manifestations très graves du côté de l'oreille, surtout quand l'angine scarlatineuse s'accompagne de plaques diphtéritiques. La variole semblerait par ordre de fréquence n'arriver qu'en troisième ligne.

Nous nous garderons bien de passer sous silence un groupe considérable d'affections pouvant encore déterminer des complications du côté de l'organe de l'ouïe. La fièvre typhoïde a une fâcheuse tendance soit au début, soit dans le cours de la maladie, à provoquer des symptômes auriculaires. M. Moure qui, durant la dernière épidémie qui vient de sévir à Bordeaux, a eu l'occasion d'examiner à Pellegrin, dans le service de M. le Dr Verdalle, un certain nombre d'individus, nous a dit avoir, en effet, constaté de fréquentes altérations du côté de l'oreille moyenne.

La grippe, la coqueluche, l'angine et le coryza aigu, la diphtérie, le croup, l'angine rhumatismale, l'érysipèle ont été aussi incriminés avec des preuves à l'appui. Si le coryza aigu par sa fréquence, par la facilité de son apparition doit être rangé parmi les causes les plus actives d'otite moyenne catarrhale subaiguë, il ne faut pas oublier que le coryza chronique (qu'il soit hypertrophique ou atrophique) les végétations polypoïdes des cornets, prédisposent tout autant à ce genre d'affection. Notons, en outre, une cause fort commune, l'hypertrophie des amygdales, qui peuvent par leur développement exagéré en arriver à comprimer les lèvres de l'orifice tubaire par l'intermédiaire du voile du palais qu'elles repoussent en arrière

et en haut. Samuel Sexton aurait enfin très souvent rencon tré l'otite moyenne catarrhale liée à la carie des molaires postérieures.

Médicaments. — Buck aurait observé du catarrhe de l'oreille chez un enfant, après administration de deux doses successives de quinine, la première de 30 centigrammes et la seconde de 40 centigrammes. On a dit encore que le tabac, l'alcool, l'iode, le brome, la belladone et autres agents neuro-musculaires pouvaient produire des effets analogues.

Liquides. Corps étrangers. Violences. — Un coup violemment porté sur l'oreille, un vigoureux soufflet par exemple, aurait occasionné de l'otite moyenne (1). De même on l'aurait vue survenir après pénétration dans le conduit soit d'un corps étranger solide, soit d'un corps étranger liquide, et dans ce dernier cas, on l'aurait surtout observée chez les personnes qui prennent des bains de mer, la pénétration du liquide pouvant se faire violemment à l'occasion d'un plongeon.

On peut encore observer l'introduction de liquides employés dans un but purement thérapeutique, comme cela se passe assez fréquemment chez les personnes inexpérimentées pratiquant des irrigations nasales de Weber ou la douche d'eau de Seemann. C'est même de cette façon, qu'accidentellement pendant le bain de mer l'eau pénètre dans le nez ou dans la bouche, et est ensuite rejetée, par un effort instinctif d'expiration, dans les caisses.

Troubles de l'innervation. — Les altérations des muscles salpingiens, qu'ils soient atteints de parésie, de paralysie ou simplement de spasmes, la lésion primitive siégeant du côté du pharynx ou du côté du voile, peuvent par suite des désordres qu'elles occasionnent dans le fonctionnement des trompes, avoir un retentissement très marqué du côté de l'oreille moyenne.

(1) Ce qui explique aisément la congestion de la caisse déterminée par la violence.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Les relations anatomiques qui unissent l'oreille moyenne à la trompe d'Eustache et par son intermédiaire à l'espace naso-pharyngien nous expliquent très bien comment par retentissement secondaire l'oreille moyenne peut être affectée (1).

Les otites moyennes catarrhales subaiguës peuvent être en effet ou bien primitives ou bien secondaires. Les premières sont de beaucoup les plus rares ; quant aux autres, voici quel peut être à différentes périodes, le mécanisme de leur production. Et tout d'abord : « à l'époque de la naïssance la muqueuse de la caisse subit une crise histologique très-considérable et l'établissement de la fonction respiratoire place brusquement cette membrane dans des conditions de milieu de circulation et d'existence totalement différentes de celles où elle se trouvait durant la vie intra-utérine. Or, les organes ont surtout de la tendance à devenir malades aux époques où leur rôle physiologique et leur circulation subissent des modifications rapides et profondes (Tröltsch).

On a dit en outre que l'acte de l'accouchement, s'il se prolongeait outre mesure, exposerait aussi l'enfant à des désordres

(1) Il nous paraîtrait hors de propos d'insister ici sur ces rapports anatomiques qui ne font pas partie du cadre de notre étude ; nous nous bornerons à dire qu'ils sont surtout fondés sur la similitude de structure des muqueuses pharyngienne et tubo-auriculaires et aussisur les anatosmoses vasculaires nombreuses qui existent entre l'oreille moyenne, la trompe et le pharynx.

plus ou moins graves du côté de l'oreille moyenne. Wendt fut le premier à faire remarquer dans l'oreille moyenne de l'enfant la présence de productions étrangères telles qu'enduit caséeux, méconium, etc. Hoffmann fit observer qu'il se produit pendant le travail de l'accouchement des mouvements respiratoires qui font arriver dans l'oreille de l'enfant les éléments du milieu où il est placé. C'est ce qui explique que pendant le premier mois, notre oreille présente une prédisposition remarquable aux processus pathologiques.

Plus tard les inflammations de la cavité naso-pharyngienne qu'elles soient le fait de l'une des affections aiguës ou chroniques que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie, gagneront l'oreille moyenne par propagation à travers les trompes. Celles-ci, en effet, s'ouvrant dans le pharynx en un point où sa muqueuse est épaisse, riche en vaisseaux et abondamment pourvue de substance adénoïde sont dans les meilleures conditions pour favoriser cette propagation. Les trompes envahies, leurs parois augmentent d'épaisseur et du même coup leur calibre se rétrécit ; il peut même arriver que leur lumière soit complètement obstruée. Alors on observe comme conséquence du côté de la caisse un amoindrissement de l'air avec pression résultant de sa raréfaction. Cette pression exerce sur la muqueuse et les vaisseaux de la caisse des effets analogues à ceux d'une ventouse, d'où soulèvement du tissu et épanchement abondant de sérosité dans l'oreille moyenne.

Le nez étant un organe essentiellement respiratoire, il en résulte que toute entrave à l'acte de la respiration (la bouche étant fermée) peut exercer par raréfaction de l'air des effets funestes sur l'oreille moyenne (1).

Certaines conditions favorisant l'entrée de l'air de la respi-

(1) Chaque mouvement de déglutition agit alors à la façon du procédé de Toynbee.

ration dans l'oreille d'une façon violente, comme on l'observe par exemple dans les accès de toux, les éternûments, la coqueluche, sont encore un mode pathogénique d'otite moyenne. Ces mêmes circonstances permettent la pénétration des liquides, comme on peut le remarquer dans l'acte du vomissement ou bien à certains moments lors de l'ingurgitation de ces liquides.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Les symptômes auxquels donne lieu l'otite moyenne catarrhale subaiguë, sont de deux ordres : les uns subjectifs, les autres objectifs.

A. *Symptômes subjectifs.*

Douleur. — Variable suivant les cas, la douleur chez quelques-uns absolument nulle, peut au contraire revêtir chez d'autres une intensité considérable qui, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic, pourra induire en erreur pour une affection cérébrale. Elle se traduit alors au début par de la pesanteur dans la tête, une sensation de pression et de plénitude envahissant tout le crâne. Les douleurs peuvent ensuite devenir plus vives, déchirantes pendant une nuit, une semaine, avec légères intermittences et exacerbations nocturnes épuisant le sujet. La déglutition et l'expectoration, tout mouvement du pharynx ou de la tête, augmentent encore les sensations pénibles éprouvées par le malade. Il ne peut supporter le contact des liquides froids. On a parfois observé de la névralgie dentaire postérieure. Vient-on à comprimer l'apophyse mastoïde, on y provoque de la douleur avec irradiation à la moitié de la tête, surtout aux sinus frontaux.

Dans certains cas la douleur est moins vive et peut même être complètement nulle ; les malades, comme ils le disent alors,

sentent tout simplement leur tête, c'est une gêne plutôt qu'une véritable douleur.

Bruits, bourdonnements. — Les malades se plaignent très souvent d'entendre des bruits qui les fatiguent beaucoup. Ces sensations sonores peuvent se traduire par des bruits de vapeur ou des sifflements d'une acuité plus ou moins vive. Les bruits de coquillage, de chute d'eau sont aussi fréquemment perçus. On est en général d'accord pour attribuer ces bruits à un accroissement anormal de la pression labyrinthique causé par les masses d'exsudat qui chargent les fenêtres du labyrinthe ou par des anomalies de tension des osselets de l'ouïe. Ils sont *continus* ou *intermittents*; il sont surtout continus dans les affections de l'oreille sans perforation du tympan.

Etat fébrile. — On sait avec quelle fréquence les moindres indispositions déterminent chez l'enfant une réaction fébrile qui même est loin d'être toujours en relation directe avec l'affection qui l'a occasionnée. Or, dans l'otite moyenne subaiguë, on observe parfois des phénomènes de ce genre. Des enfants auparavant gais et enjoués deviennent tout à coup maussades, pleurent pour les motifs les plus futiles, ont le teint animé, le pouls précipité ; la nuit ils sont constamment agités, ne dorment pas et peuvent dans certains cas être agités de convulsions.

Tous ces symptômes sont en grande partie le résultat d'une pression intra-auriculaire exagérée, provenant de la surcharge que subissent les membranes des fenêtres (ovale et ronde), soit par la tuméfaction congestive, soit par la sécrétion qui s'est amassée dans la caisse du tympan.

Surdité. — Chez les malades atteints d'otite moyenne catarrhale subaiguë, il n'est pas rare de voir se manifester une surdité intermittente qui du reste n'a aucun rapport exact avec la quantité visible d'exsudat épanché. La surdité, en effet,

semble plutôt être en rapport avec le degré de tension exercée par le liquide sur la membrane du tympan, les osselets de l'ouïe et les fenêtres du labyrinthe. Il faut pourtant avouer que l'accumulation d'exsudat semble constituer un obstacle à la propagation du son.

Les malades parfois, entendent plus ou moins bien suivant le degré d'inclinaison qu'ils donnent à la tête et suivant par conséquent le déplacement qu'ils impriment au liquide. L'intermittence dans l'altération de l'ouie est due à l'obstruction passagère de la trompe; que celle-ci se débouche, à l'occasion d'une déglutition, par exemple, et l'ouïe sera rétablie. Les malades peuvent même dans ces cas éprouver une sensation analogue à une *détonation*. Les oscillations dans la distance de l'audition s'observent surtout en hiver et en automme par des jours de pluie et de brouillard et aussi à la suite de changements brusques de température.

Sensation de flot. — Politzer dit avoir fréquemment rencontré des malades qui, lorsqu'ils inclinaient la tête d'avant en arrière ou lui imprimaient des mouvements latéraux, éprouvaient comme la sensation *d'un corps allant et venant dans l'oreille* et cette sensation correspondait au déplacement de liquide épanché dans la càisse. Elle peut même servir dans les cas d'opacité à diagnostiquer un exsudat mobile.

B. *Symptômes objectifs.*

Tympan. — On ne devra jamais oublier qu'à cause de l'étroitesse dans certains cas considérable de leur conduit auditif la membrane du tympan est parfois difficile à examiner chez les enfants. De plus, le tympan chez les nouveau-nés occupe une situation presque horizontale et ce n'est que peu à

peu et tardivement que sa position se rapproche de la verticale. Cette direction augmente encore la difficulté d'examen de la membrane tympanique.

En outre, il existe une couche épidermique cutanée très épaisse qui recouvre le tympan et qui contribue à en rendre l'inspection difficile; aussi ne saurait-on guère avant l'âge d'un an constater à travers la membrane du tympan, la présence d'un exsudat.

Quoi qu'il en soit, et ces remarques étant faites, quand il sera possible de constater l'état du tympan, on pourra observer les particularités suivantes. En premier lieu l'intégrité du conduit auditif frappera tout d'abord; tout au plus constatera-t-on quelfois un peu de rougeur au voisinage du tympan. Il peut exister en effet une forte réplétion des vaisseaux allant de la paroi supérieure du conduit auditif au tympan. On voit alors sur son pourtour une coloration rosée formant cercle à sa périphérie. On remarque encore en avant et en arrière de la courte apophyse du marteau deux traînées rougeâtres produites par la distension des vaisseaux situés à ce niveau. Quant à la membrane elle-même, dans la première période de l'hyperhémie, elle est parfois très brillante et Politzer a comparé l'aspect qu'elle offre à ce moment à celui d'une plaque de cuivre polie. Bientôt le brillant de la surface externe diminue ou disparaît et les différentes couches s'infiltrent ou se ramollissent. La membrane devient alors plus ou moins mate et ne réfléchit plus la lumière : on observe alors dans l'image du triangle lumineux des modifications dont il sera possible de se rendre un compte exact par l'examen des figures représentées à la table V de l'Atlas de Bürkner (1). S'il existe simplement de l'infiltration, les dimensions du

(1) Atlas von Beleuchtungsbildern des Trommelfells, Iéna, G. Fischer, 1886.

triangle pourront être diminuées seulement en même temps que ses limites seront moins nettes. Mais si à cette infiltration vient se joindre comme cela s'observe assez fréquemment au bout d'un certain temps, une détension de la moitié inférieure du tympan, le triangle subit alors un raccourcissement dans ses dimensions verticales et s'élargit au contraire dans le sens antéro-postérieur. Il peut même arriver dans ces cas à s'effacer à peu près complètement.

Le manche du marteau demeure visible s'il n'existe qu'une légère infiltration des couches superficielles et cela prouve en même temps que la lésion est située dans la profondeur de l'oreille. Si l'infiltration est complète, on n'observe plus qu'une ligne rougeâtre au niveau du marteau, en même temps qu'un aspect mat de la membrane du tympan (couleur de plomb).

Plus tard, le brillant du tympan reparaît, mais le triangle lumineux est modifié dans tous les sens. Il est rare que la menbrane du tympan, consécutivement à la raréfaction de l'air qui s'est opérée dans la caisse ne soit pas un peu déprimée, concave et comme attirée en dedans du côté de la caisse et cela par suite du raccourcissement du tendon du muscle tenseur du marteau. On observe alors une saillie formée par la courte apophyse du manche du marteau.

Exsudat dans la caisse. — Lorsque la membrane du tympan est assez brillante pour qu'il soit possible d'apercevoir par transparence ce qui se passe dans la caisse, l'accumulation de liquide séreux ou muqueux se laisse reconnaître par une apparence spéciale de la membrane (1). « On voit en effet, à travers celle-ci, dans la partie inférieure de la caisse, le liquide

(1) Politzer. Diagnose M. Thérapie der Ansammlung serose Flunigkeit in der Tommelpohle (Wiers. méd. Woch. 1867. — Weber bewegliche exsudate in der Trommelhohle (Wiers. méd. Presse).

excrété dont le niveau est séparé de l'espace qui contient de l'air par une ligne nettement marquée sur la membrane du tympan.

La ligne de séparation qui apparaît parfois grise, sombre ou noire comme un *cheveu* tendu sur la membrane, parfois blanche, chatoyante, va d'avant en arrière avec une légère courbure dont la concavité regarde en haut ; ou bien la ligne de niveau est plus rectiligne ou convexe vers le haut à courbure irrégulière et ondulée, ou encore le liquide est limité par deux lignes qui commencent à l'extrémité inférieure du manche du marteau et vont en bas en divergeant avec une légère courbure, aspect que l'on observe surtout quand il ne se trouve que peu de liquide dans la caisse. Fréquemment la ligne de niveau n'est visible que devant le manche ou seulement derrière lui où elle ne s'aperçoit que sous un certain éclairage. La couleur du tympan est sombre et jaunâtre au-dessous de la ligne de niveau, beaucoup plus claire et grise au-dessus de cette ligne. Cet aspect du liquide épanché dans la caisse, que décrit Politzer (1), est absolument conforme de tous points à ce que l'on observe dans la majorité des cas. Cet auteur a soin de faire remarquer en outre que si le liquide remplit complètement la caisse, la couleur normale du tympan se montre alors plus satinée et plus sombre, et le gris habituel est mêlé d'un *reflet jaune verdâtre* plus ou moins prononcé. Il peut arriver en outre que la membrane du tympan étant fortement injectée, à ce reflet jaune verdâtre vienne se joindre une couleur rosée et le tympan a alors une couleur rouge brique.

Après une douche d'air, la membrane du tympan étant transparente, on peut apercevoir la mousse formée par la pénétration de bulles au travers du liquide ; on assiste même parfois

(1) Traité des maladies de l'oreille, trad. A. Jolly. Paris, O. Doin, 1884.

au passage de ces bulles à la surface du liquide. Mais il arrive aussi que la membrane du tympan poussée et tendue en dedans par l'obstruction de la trompe devient, après la douche d'air, plissée, gris jaune, bleuâtre, mate et opaque, à peu près comme du papier satiné que l'on a froissé et l'exsudat de la caisse devient invisible.

Epreuves de l'ouïe. — Il existe comme pour l'ophtalmologie différents moyens en otologie capables d'indiquer l'altération de l'ouïe. Nous ne ferons ici qu'indiquer sommairement les procédés employés qui sont tout au long décrits dans les traités spéciaux.

(a) *Voix.* — Le premier signe qui frappe chez les personnes atteintes de dureté de l'ouïe, c'est la difficulté plus ou moins grande avec laquelle elles entendent la voix haute ou basse à des distances différentes.

(b) *Montre.* — On se sert depuis très longtemps de la montre pour déterminer la conductibilité du son par les os du crâne. Or, quand existe cette conductibilité, la montre est entendue et on peut alors en conclure que le labyrinthe est intact et par suite le pronostic favorable.

Pour déterminer l'acuité auditive, on commence par tenir la montre à une distance de l'oreille assez éloignée pour que le tic-tac ne puisse être entendu du malade. Alors on lui ordonne de fermer les yeux et suivant une ligne horizontale, on rapproche peu à peu la montre jusqu'à ce que le malade dise l'entendre ; on note alors cette distance et on compare entre elles les deux oreilles. On peut ensuite par la distance obtenue comparer avec l'ouïe normale ordinaire.

c) *Diapason.* — Le diapason comme la montre détermine des vibrations qui sont transmises à l'oreille par les os du crâne. Or, Weber a démontré le premier que les sons étaient mieux perçus du côté de l'oreille bouchée avec le doigt. Mach

a expliqué cela en disant que l'audition plus forte du côté de l'oreille bouchée était due à l'obstacle apporté à l'écoulement des ondes sonores. Grâce au diapason, il sera donc possible de reconnaître le côté atteint, et dans des cas où l'affection serait bi-latérale, le côté où elle prédomine.

Procédé de Rinne. — Le diapason a encore été utilisé par Rinne de la façon suivante. Cet auteur, pour juger de l'altération de l'ouïe, emploie deux moyens : la *voie crânienne* et la *voie aérienne*. La *voie crânienne* consiste à appliquer sur l'apophyse mastoïde, le manche d'un diapason en vibration tandis que par la *voie aérienne*, le diapason étant horizontalement tenu à côté et en dehors du pavillon, les ondes sonores sont transmises par l'air. Or, dans ces conditions, si les vibrations du diapason sont mieux perçues par la voie crânienne que par la voie aérienne, cela témoigne d'une affection de l'oreille moyenne sans lésion labyrinthique et rend par suite le pronostic favorable.

Divers instruments ont été en outre inventés pour mesurer l'acuité auditive et sont connus sous le nom d'*acoumètres*.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

Si par lui-même le catarrhe subaigu de l'oreille moyenne ne présente que de légers inconvénients, il est loin d'en être ainsi quand on l'envisage au point de vue de ses complications.

Il peut arriver en effet que la lésion ne reste pas exclusivement localisée à la muqueuse de la caisse et qu'elle ait un retentissement sur les organes si importants situés au voisinage de cette caisse. C'est alors que surviennent des complications que nous allons rapidement passer en revue et qui donnent à l'affection une toute autre physionomie.

Lésions des fenêtres ronde et ovale. — A la suite d'un catarrhe subaigu de longue durée ou même suivant certains auteurs, concomitamment avec une otite moyenne catarrhale d'origine rhumatismale, les membranes des fenêtres éprouvent souvent aussi des altérations qui, si on ne les traite de bonne heure, deviennent incurables et rendent pour toujours l'oreille obtuse.

Facial. — Le facial, situé dans la paroi interne de la caisse peut être aussi bien lésé dans les cas d'hyperhémie et d'inflammation de la muqueuse de la caisse que dans la carie du rocher lui-même. Une grande partie des prétendues paralysies rhumatismales du facial serait en effet liée à une affection de l'otite ou en serait même le résultat.

La congestion intermittente du facial peut déterminer des

paralysies passagères qu'il faudra savoir rattacher à leur véritable cause.

Tympan. — Il est de règle presque absolue de n'observer jamais dans les cas d'otite moyenne subaiguë de perforation du tympan. Cependant, sous l'influence d'une poussée congestive, cette membrane tend à s'ulcérer et conséquemment peut survenir une perforation à travers laquelle s'écoulera le contenu de la caisse.

L'apophyse mastoïde peut également avoir ses parois très amincies, et alors dans certains cas d'inflammation on peut voir le processus morbide se propager au sinus de la dure-mère. C'est aussi pour la même raison que peuvent se manifester au niveau de l'apophyse certains emphysèmes sous-cutanés ayant pour point de départ l'oreille moyenne.

Méninges. — La propagation de l'inflammation aux enveloppes du cerveau est chose aisée à comprendre, quand on veut bien se rappeler la constitution anatomique de la caisse et les rapports parfois directs de sa muqueuse avec la dure-mère crânienne. Les complications cérébrales offrent une gravité toute particulière et l'emportent de beaucoup sur l'affection primitive.

On a dit encore que l'hyperhémie de la caisse s'accompagnant de congestion de la muqueuse tubaire, amenait une diminution dans la capacité des espaces aériens, et que peu à peu se produisait une sclérose de l'apophyse mastoïde favorisant le développement de symptômes violents, résultat d'une pression intra-auriculaire exagérée.

CHAPITRE V I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les travaux qui ont jusqu'ici été faits sur les lésions anatomo-pathologiques de l'otite moyenne, nous citerons surtout celui de Baréty et Renaut. Ces auteurs, d'après les recherches sérieuses auxquelles ils se sont livrés, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Lésions visibles à l'œil nu. — Et tout d'abord on doit considérer comme un fait absolument exceptionnel l'absence de lésions. Quand, après avoir ouvert avec beaucoup de précautions la caisse du tympan chez un nouveau-né, on en pratique l'examen, on remarque au début que la muqueuse présente un aspect luisant plus caractérisé par places. On s'aperçoit bientôt que cela est dû à une très petite quantité de sérosité jaunâtre à ce niveau. Vient-on à rencontrer au milieu du liquide des flocons allongés d'avant en arrière, c'est qu'alors la muqueuse est friable, œdématiée, rougeâtre et cela surtout au niveau du diverticulum postérieur ; elle est vascularisée au niveau des fenêtres et de la pyramide. Il n'existe pas d'altération des osselets ni des muscles à *l'œil nu.* Plus tard les lésions de la muqueuse s'accentuent et la caisse contient un liquide muqueux vert bouteille ou jaune violacé, qui définitivement devient purulent. Il est à noter que jamais le pus n'envahit la trompe et qu'on n'observe pas de rupture du tympan.

Examen microscopique. — Il montre qu'il s'agit là d'une véritable inflammation catarrhale. La cavité de la caisse et le

liquide qu'elle contient renferment un grand nombre de cellules, produit de la desquammation épithéliale. On y trouve encore des cellules embryonnaires de formes diverses, mais jeunes et non infiltrées de graisse. On observe aussi dans certaines cellules des éléments semblables à des corpuscules de pus. A mesure que l'inflammation s'accroît, la dégénérescence granulo-graisseuse devient de plus en plus prononcée et toutes les parties molles de la caisse sont finalement envahies par elle. Plus tard, on ne trouve qu'une masse rétractée entièrement constituée par des globules de pus.

Parrot s'inscrit en faux, contre l'opinion des auteurs précédents qui affirment n'avoir jamais rencontré d'altérations des parois osseuses de la caisse, ni de perforation du tympan. Il estime, et cette opinion en se fondant sur la constitution anatomique est trop plausible pour que nous hésitions un instant à nous y rallier, il estime, disions-nous, qu'on a de la peine à croire que l'inflammation ne puisse se propager aux méninges et déterminer la rupture de la membrane tympanique.

En 1857, Koppen examinant des nouveau-nés, trouva 6 fois la caisse vide et 18 fois du liquide qui, dans 4 cas seulement était purulent.

En 1858, Tröltsch signala la fréquence de collections purulentes dans la caisse des nouveau-nés. Ainsi, sur 47 temporaux qu'il avait examinés, 18 fois il trouva l'oreille moyenne normale ; mais les 29 autres cas offraient des lésions, soit de catarrhe purulent, soit de catarrhe muqueux. Jamais non plus il n'aurait observé de perforation du tympan.

La présence de collections purulentes ou muqueuses dans les caisses a été observée à peu près par tous les auteurs qui ont fait des recherches dans ce sens. C'est ainsi que Schwartze sur 5 cadavres a trouvé 2 fois du pus. Ayant examiné 3 cas particulièrement à deux reprises, il a trouvé une forte hyperhémie

du labyrinthe et une fois une collection purulente dans le limaçon. Wreden dans un examen ayant porté sur 80 organes auditifs a noté 14 fois un état normal de la muqueuse, 36 cas de catarrhe purulent et 30 cas de catarrhe muqueux; 4 fois il y avait du pus dans le labyrinthe, 11 fois de l'hyperhémie et 8 fois de l'œdème des méninges; 3 fois la méningite était purulente. Hoffmann ayant examiné 24 temporaux en a trouvé 17 normaux et 7 fois du pus dans les caisses. Kutscharianz sur 230 observations a noté que la muqueuse était normale 30 fois seulement, alors qu'il existait 50 cas de catarrhe muqueux et 150 cas de catarrhe purulent.

Nous signalerons en terminant les constatations faites par Wendt dans les cas de croup ayant envahi l'oreille moyenne. Il a trouvé une fois les deux caisses et les cellules mastoïdiennes prises, ainsi du reste, que l'enveloppe des osselets de l'ouïe. A cette exception près, il a noté une simple hyperhémie de la muqueuse ou des hémorragies de l'oreille moyenne. Autrement l'oreille moyenne était le siège d'inflammation purulente ou catarrhale ou même encore elle était d'une intégrité parfaite.

CHAPITRE VIII

MARCHE. TERMINAISON

On a pu dire que les catarrhes subaigus de l'oreille moyenne avaient une grande tendance à la récidive et que leur réapparition fréquente en faisait presque une affection incurable. Parrot n'hésitait cependant pas à admettre que le mal pût disparaître sans laisser de troubles notables de l'ouïe. Baréty et Renaut prétendent que l'otite moyenne subaiguë détermine une surdité momentanée ; ils pensent en outre qu'il faut rester dans le doute, comme pour les lésions de l'otite infantile, sur la production possible de la surdi-mutité.

Lorsque les symptômes constatés font admettre qu'il existe dans la caisse un exsudat abondant, on peut prévoir trois hypothèses différentes : 1° ou bien le liquide sera résorbé sur place ; 2° ou bien il fera issue au dehors après perforation spontanée du tympan ; 3° ou enfin on lui créera une voie par la paracentèse de la membrane tympanique.

A). La résorption sur place du liquide ne saurait faire l'objet du moindre doute. Elle s'observe dans les cas où la trompe étant obstruée, l'écoulement par le pharynx est devenu impossible ; les vaisseaux si nombreux situés au pourtour de la caisse ou dans son intérieur s'emparent alors du liquide, en même temps que se raréfie de plus en plus l'air enfermé dans cet espace clos de toutes parts.

B). Il peut encore arriver que par suite de l'hypersécrétion brusque du liquide, la membrane du tympan crève pour ainsi

dire mécaniquement. On voit alors dans ces cas de vives douleurs, du délire et même des convulsions se produire chez l'enfant. Cette perforation du tympan, on ne devra pas l'ignorer, sera souvent la cause de suppurations intarissables de l'oreille.

C). En troisième lieu, la perforation du tympan peut être chirurgicale et due à l'intervention du médecin. Hâtons-nous de dire que c'est là la conduite à tenir dans les cas d'épanchements considérables accompagnés de vives douleurs. On peut de la sorte éviter les longues suppurations dont nous parlions à l'instant; il est même digne de remarque que les perforations chirurgicales, non seulement ne suppurent pas, mais encore sont fort difficiles, pour ne pas dire impossibles, à maintenir béantes.

Quoi qu'il en soit, une fois la perforation effectuée, ou bien on verra les phénomènes rétrocéder et le tout rentrer dans l'ordre au bout de quelques jours ou de quelques semaines, ou bien, au contraire, on remarquera que la caisse reste humide et que la trompe subit des engouements ou même des obstructions passagers. Dans le premier cas, la membrane du tympan reprendra peu à peu ses caractères normaux et sa transparence habituelle, tout en gardant cependant une couleur rosée ou d'un jaune sale. On la verra aussi sous l'influence du traitement se redresser et sa concavité extérieure pourra même, dans certains cas, faire place à une convexité. Si au contraire le liquide tend à se reformer, et s'il survient des congestions nouvelles de la caisse et des trompes, elles pourront à leur suite laisser des effets différents. Ainsi il est très fréquent de voir, après les poussées subaiguës, se former des adhérences qui pourront constituer plus tard un sérieux obstacle à la guérison.

La membrane du tympan au bout d'une certaine durée

prend part au processus, et peut, ou bien subir un épaississement très manifeste, ou bien, au contraire, s'atrophier en certains points qui, sous l'influence du liquide épanché ou de la douche d'air, cèdent à la pression et se distendent en formant des vésicules. Ces lésions trophiques du tympan peuvent se généraliser à toute la membrane et constituer définitivement l'otite chronique sèche scléreuse. Elles peuvent aussi, sous l'influence de poussées congestives, subir une heureuse modification par suite de la résorption des dépôts plastiques.

Chez les enfants, les dimensions plus larges de la trompe sont une circonstance favorable à l'écoulement des mucosités, et c'est pourquoi chez eux la guérison peut être plus prompte et conséquemment la maladie occasionner des désordres moins graves.

La durée de l'affection est soumise à son état d'acuité ou de chronicité et aussi à l'état du tempérament de l'enfant. Des conditions de milieu très mauvaises seront en outre une menace constante de récidive.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du catarrhe subaigu de l'oreille moyenne est ordinairement facile.

La première indication qu'on doive remplir, c'est d'établir qu'il existe un catarrhe. Or, nous l'avons vu, il est un assez grand nombre de signes permettant de le constater.

Il arrive trop souvent que d'injustes punitions viennent frapper des enfants accusés de distraction et d'entêtement, il faudra dans ces cas vous défier de lésions du côté de l'oreille. Vous pouvez arriver à vous convaincre vous-même rien qu'en interrogeant l'enfant qui répondra à vos questions par l'éternel *quoi*. Du reste, en comparant soit au moyen de la montre, soit au moyen de la voix, son ouïe avec celle d'enfants de son âge jouissant d'une ouïe normale, vous pourrez arriver à la certitude. Le catarrhe subaigu a pu être confondu avec une affection cérébrale et mentale, surtout si la surdité étant unilatérale échappe au malade et à son entourage.

Les auteurs les plus dignes de foi sont unanimes à déclarer que les symptômes dont s'accompagne le catarrhe exsudatif de l'oreille peuvent, tant que le tympan ne s'est pas ouvert pour donner issue au liquide épanché dans la caisse, en imposer pour des phénomènes méningitiques. Or, si le sujet est impuissant à guider le médecin dans ses recherches, si d'autre part les symptômes du côté de l'oreille sont masqués par les troubles cérébraux, on comprend combien deviendra difficile le dia-

gnostic. C'est alors qu'on devra porter ses investigations du côté du nez et du pharynx et souvent on rencontrera là l'existence de lésions pouvant mettre sur la trace du catarrhe de l'oreille moyenne. La constipation, la raideur de la nuque le ventre en bateau, témoignent d'une méningite.

L'*otite externe* est circonscrite, la douleur est provoquée et exaspérée par les attouchements des parties voisines et les mouvements des mâchoires. De plus, il existe du rétrécissement du conduit.

La *myringite* est loin de provoquer une surdité aussi intense que dans le catarrhe. De plus, la surdité est dans ce dernier cas heureusement modifiée par la douche d'air. Il est démontré en outre par un grand nombre d'observations, qu'une surdité presque absolue ne saurait exister qu'avec des lésions de l'appareil conducteur, c'est à dire de la caisse du tympan.

Dans le *catarrhe tubaire* qui coïncide presque toujours avec l'otite moyenne catarrhale subaiguë récente, les malades se plaignent d'éprouver non-seulement une difficulté d'entendre les sons extérieurs, mais de percevoir leur voix avec une résonnance exagérée et un retentissement pénible. De plus le tympan est déprimé; le manche du marteau paraît raccourci, la courte apophyse devient plus saillante ainsi que les parties supérieures du tympan.

Dans le *catarrhe chronique*, en outre de la dysécée, le malade accuse l'existence de bruits (bourdonnements) et de douleurs passagères. Si ces douleurs deviennent au contraire plus fréquentes et plus durables, elles sont le signe d'une poussée subaiguë. Un sentiment de pression et de lourdeur s'observe surtout le matin au réveil, avant que les trompes ne soient dégagées; les malades entendent aussi moins le matin, et, pour la même raison, après un sommeil prolongé. Les bourdonnements au contraire augmentent le soir et après les repas.

L'étude attentive des circonstances qui augmentent ou diminuent les manifestations de douleur est d'un précieux secours pour arriver à découvrir le siège précis du mal dont souffre l'enfant. Ainsi, les plaintes que lui arrache l'otite moyenne deviendront plus énergiques si son corps est secoué ou si l'on imprime à sa tête des mouvements brusques. Le bruit et le froid l'impressionnent d'une façon désagréable et inversement le repos et la chaleur lui procurent du calme. Les vomissements et les éternûments provoquent aussi de la douleur, mais, en dégageant les trompes, ils sont suivis de bien-être.

L'examen direct de la membrane du tympan qui toujours devra être fait, révèlera dans le catarrhe chronique proprement dit de la caisse, un aspect brillant normal du tympan, sauf dans les cas très anciens ou plus subaigus dans lesquels la membrane apparaît mate et comme couverte d'une buée, les couches dermiques et épidermiques étant légèrement altérées dans leur structure. La membrane du tympan n'est vascularisée que dans les cas où il existe par hasard une congestion nouvelle. Le marteau est nettement dessiné et même dirigé souvent fortement en dedans ou en dehors.

Les affections catarrhales pouvant se localiser aux fenêtres labyrinthiques, l'examen du tympan peut fournir des résultats négatifs. Dans le plus grand nombre de cas on obtiendra cependant des renseignements précieux, sur la structure de l'oreille moyenne, sur l'état et la nature du processus morbide.

Pour juger la nature de la substance qui constitue l'épanchement, on fera incliner au malade la tête en diverses positions et, si la ligne de démarcation du liquide varie, on en concluera qu'on a affaire à un exsudat séreux ; dans le cas contraire, il s'agirait d'une collection purulente.

Le diagnostic de l'exsudat, quand il existe une ligne de niveau, est très facile, si l'on se rapporte aux caractères que

représente cette ligne ordinairement. Pour distinguer la ligne de niveau de la présence d'un *poil* ou d'un *cheveu,* il suffit de remarquer que celui-ci fait saillie sur la surface externe de la membrane du tympan ou bien encore qu'il cache le marteau au point où il s'entre-croise avec lui.

On pourra parfois constater sur la membrane du tympan des *opacités linéaires,* qu'à première vue il serait possible de confondre avec les limites de l'exsudat. Constituées par des fausses membranes, elles ne présentent quand elles sont résistantes aucune modification après la douche d'air, tandis qu'au contraire la ligne de niveau subit des changements divers. — Il ne faudrait, suivant Urbantschitch attacher aucune importance à la sensation de flot que prétendent éprouver certains malades.

Enfin, à côté des signes que nous venons d'énumérer et qui par leur ensemble concourent à poser le diagnostic, nous ne devons pas négliger de signaler toute l'importance qu'offrira la douche d'air dans la caisse, et l'auscultation. On se rendra en effet de la sorte un compte exact de la perméabilité de la trompe, et on constatera à l'aide de l'otoscope si l'air arrive jusque dans la caisse.

Le diagnostic sera confirmé quand on verra se produire un écoulement de liquide à travers le tympan perforé, ou quand il sera possible de ramener de ce liquide par une aspiration à l'aide du cathéter tympanique introduit dans la caisse à travers la trompe.

CHAPITRE X

PRONOSTIC

L'otite moyenne catarrhale subaiguë n'est par elle-même qu'une maladie de peu de gravité. Le pronostic est très favorable dans les cas où le catarrhe n'est pas trop ancien. Si à ce moment à l'aide des moyens appropriés on a soin de tenir la trompe libre et de vider la caisse, on obtient tout d'abord une amélioration momentanée ; on peut par la suite en traitant le nez et le pharynx, conserver l'ouïe dans un état très satisfaisant et arriver même à lui restituer son intégrité complète. Les perforations du tympan, comme nous avons eu l'occasion de le voir, sont excessivement rares, d'aucuns prétendent même qu'on n'en observe jamais.

Mais on ne devra jamais oublier avec quelle grande facilité et quelle grande fréquence peuvent récidiver les catarrhes subaigus de l'oreille. Or, ces récidives sont loin d'être anodines.

Elles déterminent à la longue, en effet, un catarrhe chronique de la caisse, et, de ce fait, le pronostic se trouve très assombri. Souvent il arrivera de voir des malades dont l'ouïe était très bien revenue, perdre peu à peu cette faculté sous l'influence d'un état subaigu. Et on en trouve l'explication dans ce fait anatomique : les épaississements de toute la muqueuse de l'oreille moyenne, les fausses membranes et les adhérences qui se sont développées à sa surface et qui relient entre elles les différentes parties de la caisse sont une des conséquences

les plus fréquentes du catarrhe subaigu de l'oreille. En outre, par répétition du catarrhe, la caisse diminue de capacité et conséquemment l'acuité auditive s'atténue de plus en plus, pour même, dans certains cas, disparaître complètement.

En outre, sous l'influence de congestions répétées, les parois de la trompe s'épaississent, et les muscles tubaires devenant impuissants à lutter contre cet épaississement, les mucosités ne sont plus rejetées, et l'on voit l'obstruction complète arriver peu à peu à se constituer. De plus les osselets entravés dans leur mécanisme cessent de fonctionner.

Quand on considère les conséquences ultimes auxquelles peuvent arriver de simples inflammations catarrhales de l'oreille, on s'étonne moins que des auteurs très sérieux aient vivement sollicité l'attention des médecins sur ce genre d'affections. « Tout ce qui concourt, dit Tröltsch, à maintenir chez l'enfant l'intégrité des organes des sens et à les améliorer, s'il y a lieu, doit être l'objet de notre constante sollicitude. Cette recommandation est surtout importante en ce qui concerne l'œil et l'oreille.... C'est par le sens de l'ouïe que se fait presque entièrement la première éducation morale et intellectuelle de l'enfant, non seulement avant de savoir lire, mais même plus tard. Les enfants atteints de dureté de l'oreille deviennent pour la plupart des hommes aux idées peu pratiques, au caractère indécis, faisant preuve d'un défaut étonnant de logique. » S'il peut y avoir dans cette peinture quelque exagération, tout le monde cependant conviendra avec nous que la surdité, surtout précoce, est une infirmité bien déplorable plaçant dans des conditions d'infériorité manifeste ceux qui en sont atteints. Aussi devra-t-on veiller avec le soin le plus minutieux à la conservation de l'ouïe chez les enfants, et pour cela différents moyens s'offrent à nous lorsqu'il existe des lésions de cet organe.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

L'inflammation catarrhale subaiguë de l'oreille moyenne relevant d'un nombre très considérable de causes, nombreuses devront être par conséquent les méthodes de traitement dirigées contre elle. La thérapeutique devra comprendre : 1° des soins hygiéniques ; 2° un traitement général, et 3° des moyens locaux.

A. *Soins hygiéniques.*

Ils consisteront à soustraire tout d'abord l'enfant aux conditions de milieu qui lui seraient défavorables. On a souvent incriminé l'entassement dans des espaces trop étroits (salles d'asile, salles d'école) d'une quantité considérable d'enfants. Il est certain qu'en pareille circonstance, ces pauvres petits êtres se trouvant dans une atmosphère malsaine souillée par des émanations délétères, sont exposés du côté de leurs muqueuses à des poussées congestives fréquemment répétées, et pouvant leur devenir fort préjudiciables. On semble avoir de nos jours compris ces inconvénients, et, grâce à la sollicitation des médecins hygiénistes, dans les bâtiments scolaires récemment construits, on a cherché à réunir autant que possible les meilleures conditions de salubrité et de bien être pour l'enfant. C'est à l'école, en effet, où l'enfant s'élève et grandit, qu'il doit être surtout surveillé et entouré des plus grandes précautions hygiéniques.

Il faudra encore éviter les causes fréquentes de refroidisse-

ment éminemment favorable au développement de l'otite catarrhale. A cet effet, on devra veiller à ce que les enfants soient suffisamment et convenablement vêtus.

B. *Traitement général.*

Ce moyen thérapeutique a pour objectif principal de combattre l'état diathésique auquel le petit malade peut être en proie. On devra donc tout d'abord s'attacher à déterminer la nature de cette diathèse et instituer ensuite un traitement en conséquence. Une première précaution devra consister à éviter d'une façon générale dans le traitement des maladies de l'oreille, et notamment dans le catarrhe subaigu, tout ce qui peut congestionner les organes profonds. A cet effet, il faudra proscrire les bains de mer qui pourraient déterminer de nouvelles poussées. Ladret de Lacharrière estime cependant que l'emploi de l'eau de mer pourrait être autorisé sous forme de douches très courtes que l'on ferait suivre de frictions avec de la laine. A cette exception près, tous les auteurs, Sachse, Bonnafont, Kramer, Duplay, etc., sont unanimes pour déconseiller l'usage de l'eau froide et en particulier celle de la mer. Lorsqu'on se sera fait une opinion exacte sur la nature de la diathèse, on pourra envoyer les petits malades dans les stations thermales propres à en combattre les manifestations. Les toniques, le grand air, la médication spécifique dans certains cas, seront conseillés et administrés à propos.

C. *Moyens locaux.*

Si les soins hygiéniques et la médication générale peuvent être considérés comme un traitement préventif et palliatif, le véritable traitement curatif consiste dans l'emploi de moyens locaux appropriés.

1° *Nez et pharynx.* — « C'est perdre son temps, disait Carl Michel, que de faire des insufflations d'air ou des injections dans l'oreille tant que le pharynx n'aura pas été ramené à son état normal. » Cette remarque est si juste qu'il serait impossible d'en rien retrancher.

Au chapitre de l'étiologie, nous avons appris que le coryza aigu et le coryza chronique, l'hypertrophie polypoïde des cornets, le catarrhe naso-pharyngien, les tumeurs bénignes et quelquefois même malignes de cette région, déterminaient de fréquentes manifestations du côté de l'oreille et y provoquaient très-souvent l'apparition de catarrhes. On devra donc s'attacher à soigner et à guérir le nez et le pharynx, si on veut voir disparaître les symptômes auriculaires. A cet effet, on prescrira des irrigations alcalines et dans les cas de sécrétions purulentes des irrigations antiseptiques; les irrigations ou pulvérisations nasales postérieures pourraient aussi, dans certains cas, être employées avec fruit; mais à cause de leur difficulté on y substituera souvent les attouchements directs avec une solution iodée ou une solution de nitrate d'argent au cinquième ou au dixième.

Dans les cas de végétations adénoïdes on agira directement soit par la cautérisation, soit mieux encore avec le doigt ou divers instruments dont les meilleurs sont, sans contredit, la pince rétro-nasale et surtout l'adénotome récemment inventé par Gottstein (de Breslau) et modifié par Moure. Quant aux autres tumeurs, elles seront enlevées par les moyens appropriés.

S'il y a lieu, on fera disparaître les amygdales, soit par excision, soit par des cautérisations ignées au galvano ou au thermo-cautère.

La muqueuse pharyngienne sera ensuite traitée par des badigeonnages et des gargarismes. Chez les enfants, les gagar-

rismes iodés ont toujours leur indication. Les gargarismes auraient dit-on pour effet de provoquer la contraction des glandes et d'amener, par suite, l'évacuation de leur contenu.

2° *Oreille. — Trompe d'Eustache.* — En présence d'une poussée subaiguë s'accompagnant de douleurs vives, la première préoccupation du médecin devra être de calmer cette douleur, d'atténuer le plus possible le processus inflammatoire et de mettre le malade en état de profiter du traitement local. Les moyens employés pour calmer les douleurs sont très nombreux, et il n'est presque personne, même dans le gros public, qui ne sache à cet égard formuler quelque traitement. Si certaines médications, comme le lait de nourrice par exemple, n'exerce sur l'oreille aucune influence fâcheuse, d'autres agents, au contraire, comme le laudanum et l'éther, sont loin d'être aussi inoffensifs et on n'en saurait trop proscrire l'emploi.

De même, on devra se garder des applications de compresses froides, des instillations d'eau froide dans l'oreille préconisées par Schmiedekam et surtout des *cataplasmes chauds,* qui augmentent l'inflammation et la douleur et déterminent souvent la formation du pus. Nous serons moins sévère pour l'*introduction des vapeurs chaudes dans le conduit auditif.* Les compresses d'eau tiède ou trempées dans un mélange d'eau tiède et de teinture d'opium (opium 2, eau de fontaine 200), placées sur la région de l'oreille et recouvertes de taffetas gommé, auraient donné à Politzer d'excellents résultats.

Si l'inflammation est légère avec douleurs modérées, des *frictions narcotiques sur le pourtour de l'oreille* pourront suffire à calmer ces douleurs. Contre les douleurs survenant par accès, on introduira dans l'oreille une boulette de coton imbibée d'une huile narcotique.

On devra donc procéder à l'égard de l'inflammation de l'oreille de même que pour l'inflammation d'autres organes et la combattre par une médication appropriée. A cet effet, il sera bon d'administrer un purgatif drastique qu'on pourra répéter au besoin. Si l'état de l'enfant le permet, on fera prendre aussi des bains de pieds sinapisés et enfin on décongestionnera l'oreille moyenne. Pour amener cette déplétion sanguine, divers moyens s'offrent à nous : on peut tout d'abord exercer une révulsion locale par de larges badigeonnages répétés de teinture d'iode au niveau de l'apophyse mastoïde ou encore par l'application au même point de petits vésicatoires volants. Mais, si la congestion est trop intense et si l'enfant présente des symptômes méningitiques, on obtiendra une sédation plus rapide par une saignée locale. Cette saignée pourra s'effectuer de deux façons, soit à l'aide de sangsues, soit mieux encore quand on veut mesurer la quantité de sang retirée, à l'aide de la ventouse de Heurteloup. Il était d'usage jadis dans les inflammations douloureuses de l'oreille de pratiquer toujours la saignée en arrière de l'oreille au niveau de l'apophyse mastoïde. Or, d'après les indications de V. Tröltsch et de Wilde, confirmées du reste par Politzer, c'est en avant du tragus que doivent être faites les saignées locales ayant pour but de décongestionner la caisse. A ce niveau, en effet, aboutiraient dans la veine faciale antérieure les veines qui traversent la membrane du tympan et courent dans le revêtement du conduit auditif externe. Le choix de l'apophyse mastoïde est justifié comme point de saignée locale quand, à ce niveau existent de vives douleurs, accrues par la pression et pouvant faire songer à l'envahissement de l'apophyse.

Politzer conseille de n'employer jamais plus d'une sangsue chez l'enfant et fait des recommandations utiles pour éviter que le sang ou les sangsues ne pénètrent dans le conduit auditif externe.

Altération de l'ouïe dans le cours de l'otite moyenne subaiguë. — C'est à Deleau que revient le mérite d'avoir le premier signalé l'importance des insufflations d'air dans les maladies de l'oreille moyenne. Mais doit-on pratiquer des insufflations d'air dans ce genre d'affection, et, si on en pratique, à quel moment doit-on le faire ?

La presque unanimité des auteurs sont d'accord pour reconnaître que les douches d'air sont non seulement utiles, mais, bien plus, qu'elles sont absolument nécessaires. On sera peut-être surpris, étant donné les résultats de l'expérience quotidienne, qu'une voix ait pu s'élever contre cette pratique ; mais l'étonnement sera moins grand quand on saura que cette note discordante a été donnée par M. Armand Desprès, dont jamais l'opinion n'est conforme à celle des autres.

M. Desprès, en effet, repousse absolument les douches d'air dans l'oreille et il prétend que les mouvements de déglutition suffisent amplement à dégager les trompes.

Les insufflations d'air dans l'oreille moyenne sont basées, sur ce fait, que, dans les cas d'otite moyenne catarrhale, les trompes, par suite du retrécissement de leur calibre et de l'inflammation de leurs parois, sont impuissantes à donner issue aux mucosités qui s'y trouvent ; si alors on fait pénétrer de l'air sous une pression convenable, il chasse les mucosités et rend ainsi libre la caisse et les trompes.

A quel moment faut-il insuffler de l'air dans l'oreille moyenne ? De Tröltsch estime qu'il faut agir avec le cathéter aussitôt que possible et sans craindre de causer des douleurs au malade ou de lui occasionner quelques dommages. Contre cette opinion s'élève absolument Politzer qui prétend qu'au début, il n'y a pas indication pour les douches d'air dans la caisse du tympan. Il y voit au contraire des inconvénients qu'il signale et il formule ainsi sa manière d'agir : « *aussi longtemps qu'une forte douleur*

existe dans l'oreille, il n'y a pas à pratiquer la douche d'air, c'est seulement après la cessation des symptômes de réaction et lorsque l'ouïe commence à diminuer rapidement, que les insufflations d'air dans l'oreille moyenne sont indiquées ». Les douches d'air peuvent être pratiquées à l'aide d'un ballon en caoutchouc de deux façons différentes, avec ou sans cathéter. Voici comment l'auteur décrit la première méthode.

« On se sert, dit-il, d'un *ballon en caoutchouc* en forme de poire (d'une contenance de 300 à 350 grammes de liquide). Après avoir fixé avec les doigts de la main gauche le cathéter introduit dans la trompe d'Eustache, et relié l'oreille correspondante du malade à celle du médecin par le tube d'auscultation, on saisit le ballon avec la main droite...» Il suffit ensuite de comprimer le ballon pour faire arriver l'air dans l'oreille. Il recommande aussi de ne pas effectuer trop brusquement les premières compressions et de veiller à ce que la pointe du cathéter soit exactement maintenue dans la position pendant la douche d'air. M. Moure, dans les cas de congestion intense de l'orifice tubaire a préconisé un badigeonnage à la cocaïne qui, en amenant la rétraction des tissus, favorise la dilatation de l'orifice de la trompe. C'est en négligeant ces précautions élémentaires qu'on arrive parfois à provoquer chez certains malades un *emphysème* généralement limité au pharynx, mais pouvant aussi s'étendre jusqu'à l'entrée du larynx d'une part, et d'autre part dans le tissu connectif de la région latérale du cou et du visage.

Si le ballon en caoutchouc ne suffisait pas à effectuer la douche d'air, on pourrait le remplacer par la *pompe de compression* du même auteur avec laquelle il est possible, à l'aide de la *soupape à levier* adaptée au tube d'écoulement, de connaître la force du courant d'air employé.

Nous ne ferons que mentionner les *insufflations d'air avec*

la bouche, car la pression manométrique d'expiration est en général trop faible pour obtenir un effet thérapeutique.

Procédé de Politzer. — Le véritable *procédé de Politzer*, usité aussi par Grüber, repose dans son principe général, sur ce que, *pendant l'acte de la déglutition, l'air comprimé du dehors dans l'espace naso-pharyngien, qui est clos de tous côtés, passe par la trompe dans l'oreille moyenne.* Grâce à cette méthode, il suffit d'introduire l'ajutage dans la partie antérieure des fosses nasales et on évite ainsi l'introduction du cathéter dans la trompe d'Eustache, fréquemment impraticable et souvent pénible pour le malade. La technique consiste, l'embout ayant été introduit dans une narine, pendant qu'avec le pouce, on ferme celle du côté opposé, à faire effectuer au malade des mouvements de déglutition à vide, ou bien encore à lui faire avaler du liquide; on a soin au même moment de comprimer la poire et de faire pénétrer l'air dans la caisse.

Des modifications diverses ont été apportées à ce procédé par Schwartze, Moos, Lœwenberg, etc., on les trouvera signalées dans le livre de Politzer. Nous nous bornerons à signaler celle qui consiste à faire soulever le voile du palais par l'émission d'une voyelle *a* ou d'une consonne *g k*. Souvent chez les enfants indociles, on obtiendra les mêmes effets en ayant soin d'insuffler l'air au moment où ils poussent des cris. Nous préconiserons surtout ce procédé d'une application facile et presque toujours suffisante.

Paracentèse.— Nous devons aussi signaler ici la *paracentèse* qui devra être pratiquée lorsque le liquide épanché ne se sera pas résorbé au bout d'un certain temps et pourrait déterminer des altérations consécutives. On la pratiquera encore quand existe un épanchement copieux d'exsudat dans la caisse ou quand l'amélioration de l'ouïe, obtenue après chaque insufflation, disparaîtra en partie le jour suivant ou le deuxième

jour. La paracentèse a été déjà pratiquée par Itard, Bresson, Frank, Bonnafont et Philippeaux, mais les règles en ont été déterminées par Tröltsch, Schwarze et Politzer. On se sert d'une aiguille en forme de lance; la place la plus propre à l'incision de la membrane est son quadrant postéro-inférieur. A ce niveau, la paroi interne de la caisse est plus éloignée qu'au niveau de l'ombilic. Si le quadrant antéro-inférieur est bombé, on pourra aussi la pratiquer à ce niveau. Cette opération n'offre aucun danger et se pratique presque sans douleur. Il faut ensuite pour expulser le liquide faire une forte insufflation d'air.

On a encore traité chirurgicalement le processus adhésif de l'oreille moyenne par les sections du pli postérieur de la membrane du tympan et par la ténotomie du muscle tenseur tympanique; mais ce sont là des nécessités auxquelles on ne sera presque jamais contraint dans les cas d'otite moyenne cartarrhale subaiguë. Aussi croyons-nous inutile d'y insister.

CHAPITRE XII

OBSERVATIONS. — RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Nous rapportons ici six observations dont une prise par nous-même à la clinique de M. le Dr Moure; les autres nous ont été gracieusement remises par lui. Nous avons jugé inutile d'en rapporter d'autres, car l'affection étant toujours analogue à elle-même, nous nous serions condamné à des répétitions fastidieuses pour nos lecteurs. Nous avons choisi des cas d'otite moyenne catarrhale, liés les uns à un coryza, les autres à une hypertrophie des amygdales, d'autres enfin à la présence dans le pharynx nasal de végétations adénoïdes.

OBSERVATION I

Otite moyenne catarrhale subaiguë. — Pharyngite catarrhale.

Mlle L..., 11 ans, vient à ma consultation le 20 juin 1887.

Antécédents héréditaires : L'interrogation de la mère de cette petite malade ne nous révèle l'existence d'aucune affection particulière chez les ascendants.

Antécédents personnels : L'enfant se plaint souvent d'avoir le nez obstrué. Elle mouche beaucoup ; la respiration est notablement gênée par les temps froids et humides. Parfois l'acuité auditive semble un peu diminuée. Il y a cinq mois environ, elle fut atteinte pour la première fois d'une surdité assez prononcée et d'assez longue durée pour attirer l'attention des parents. Cette surdité intermittente s'est depuis souvent répétée.

L'enfant se plaint en outre d'éprouver dans la gorge une sècheresse gênante qui l'oblige, surtout le matin au réveil, à râcler son pharynx.

Examen. — a) *Nez :* Etat catarrhal de la membrane pituitaire. A gauche le cornet inférieur hypertrophié arrive presque au contact avec la cloison A droite, les cornets sont normaux.

b) *Pharynx :* Rougeur très prononcée des piliers des deux côtés. Le amygdales n'ont rien d'excessif dans leur volume. La paroi postérieure est injectée; on y remarque des lacis veineux multiples et très manifestes, faisant une saillie très nette sur la muqueuse. Pas de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal. La rhinoscopie postérieure dénote un état catarrhal très prononcé du pharynx nasal.

Oreilles : Le conduit auditif est sain des deux côtés.

A droite : Tympan déprimé, d'aspect un peu terne. Cercle rosé sur son pourtour. Ligne rougeâtre au niveau du marteau.

A gauche : Tympan également déprimé et comme plombé. Mais de ce côté, il faut surtout noter dans la caisse un épanchement de liquide très apparent et limité en haut par une ligne horizontale antéro-postérieure, tout à fait semblable à un cheveu.

Les trompes sont libres des deux côtés; il existe cependant un peu d'engouement du côté gauche.

Pas de bourdonnements.

Perception crânienne, normale des deux côtés.

A droite, la montre est entendue à 0^m20.

A gauche — — à 0^m01.

L'audition de la voix est à peu près normale.

Les vibrations du diapason appliqué sur le vertex sont mieux perçues du côté gauche.

Le signe de Rinne est négatif des deux côtés.

Traitement : Irrigations nasales avec borax, une cuiller à café par demi-litre d'eau tiède, deux fois par jour. Poudre à priser. Vésicatoire volant à l'apophyse mastoïde, à gauche.

La malade revient le 20 juillet; les phénomènes objectifs ont à peu près disparu. Après insufflation d'air avec le ballon de Politzer, elle entend la montre à 0^m35 du côté gauche.

OBSERVATION II

Otite moyenne catarrhale subaiguë.— Végétations adénoïdes du naso-pharynx.

B..., enfant du sexe masculin, âgé de 7 ans, se présente dans mon cabinet le 3 mai 1888.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Rien de particulier à noter. Il y a un an, il a été atteint de surdité pour la première fois. L'oreille demeure toujours dure, mais cependant l'ouïe est meilleure par intervalles.

Le malade dit n'entendre aucun bruit.

Examen : a) *Oreille externe :* saine.

b) *Tympans :* Le droit est déprimé avec un aspect catarrhal ; même remarque pour celui de gauche, avec cette différence que de ce côté les phénomènes sont plus caractérisés.

La perception crânienne est bonne des deux côtés.

La voix est assez bien entendue, mais le tic-tac de la montre n'est perçu qu'à 0^m03 du côté droit et au contact seulement du côté gauche.

Le Rinne est négatif des deux côtés.

Le cathétérisme par le procédé de Politzer montre que les deux trompes sont libres.

L'examen du pharynx révèle un état catarrhal très prononcé avec granulations de la paroi postérieure. La rhinoscopie postérieure permet de constater l'existence d'une petite masse de végétations adénoïdes de la grosseur d'une noisette. Elles sont, séance tenante, écrasées avec le doigt.

Traitement : Irrigations nasales. Poudre à priser. Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina.

Le malade revue quelque temps après a recouvré presque en entier son acuité auditive.

OBSERVATION III

Otite moyenne catarrhale. — Végétations adénoïdes (23 janvier 1888).

Mlle B..., 10 ans, est depuis plusieurs années sujette à des attaques de coryza très fréquentes. Elle éprouve de la gêne de la respiration, a la bouche constamment ouverte à l'état de veille aussi bien que pendant le sommeil, et parle du nez manifestement.

Depuis plusieurs mois, cette jeune fille a des poussées douloureuses du côté des oreilles et est en même temps par intermittences atteinte de surdité.

Conduit auditif externe sain.

Tympans : déprimé à droite avec aspect catarrhal; à gauche il est au contraire bombé et d'un gris cendré. Le manche du marteau et sa courte apophyse sont indiqués par une ligne rouge.

La perception crânienne est normale des deux côtés.

Montre à droite. . . . . 0m 04 cent.

— à gauche . . . . . 0m 03 cent.

La voix est mal entendue.

Pas de différence au diapason.

Le cathétérisme des trompes montre qu'elles sont peu libres.

Les végétations adénoïdes sont enlevées avec la pince rétro-nasale.

Traitement : Irrigations nasales avec eaux-mères de Salies, une cuillerée à bouche par demi-litre d'eau tiède, deux fois par jour. Gargarisme iodo-ioduré.

Le 27 février, la montre est entendue du côté droit à 0m 30 cent. et du côté gauche à 0m 08 cent., après insufflation d'air par le procédé de Politzer.

OBSERVATION IV

Otite moyenne catarrhale subaiguë de la caisse et des trompes. — Hypertrophie des amygdales.

T..., garçon, 8 ans 1/2, est conduit chez moi le 20 septembre 1883. Cet enfant assez développé pour son âge éprouve beaucoup de gêne à la respiration et tient la bouche constamment ouverte.

Il est tout de suite facile de se convaincre que la gêne respiratoire est due à une hypertrophie notable des amygdales qui se rejoignent complètement dans l'arrière-gorge.

Les conduits auditifs externes sont sains chez cet enfant. Les tympans sont rosés et déprimés. La perception crânienne est absolument normale des deux côtés.

La montre est entendue à 0,08 centim. de chaque côté. La voix est assez bien entendue.

Le cathétérisme dénote la liberté des trompes.

Traitement. — Toucher les amygdales avec du jus de citron. Gargarismes astringents. Renifler de l'eau de Salies. Poudre à priser. Badigeonnages iodés aux apophyses.

Le malade a été revu depuis, les symptômes se sont peu améliorés. Les amygdales ont notablement diminué de volume, mais l'acuité auditive est demeurée à peu près la même (0,10 centim. du côté droit et 0,15 centim. du côté gauche). Il est du reste bon de dire que le malade quand il vint me voir avait cessé le traitement depuis un an.

OBSERVATION V

Otite moyenne catarrhale double subaiguë.

B..., 6 ans, est conduit chez moi, le 30 avril 1888. En décembre 1887, douleur vive dans l'oreille droite et deux jours après écoulement muco-purulent ayant persisté pendant trois ou quatre jours. Il existe depuis, de ce côté, une surdité dont l'intensité s'accroît par moments.

L'examen nous révèle un catarrhe naso-pharyngien de moyenne intensité. Pas de végétations adénoïdes. Le conduit auditif externe est sain de chaque côté. A droite, le tympan est déprimé et dépoli en même temps, le triangle lumineux est à peu près effacé. A la périphérie du tympan, cercle rosé. Saillie du manche du marteau. La dépression du tympan, notamment dans la moitié inférieure, est beaucoup plus prononcée du côté gauche.

Le malade dit entendre un bruit analogue à celui de l'eau qui bout; quelquefois aussi, on dirait le sifflement du vent.

La perception crânienne est bonne des deux côtés. Le diapason est mieux entendu du côté gauche.

Le Rinne est positif du côté droit et négatif du côté gauche.

La montre est entendue à 0,15 centim. du côté droit et du côté gauche à 0,01 centim. seulement.

Le cathétérisme dénote l'obstruction de la trompe gauche.

Traitement. — Gargarismes, irrigations nasales, poudre à priser.

La guérison, à la suite d'insufflation d'air par le procédé de Politzer est depuis survenue complètement. Le 25 juin, en effet, la montre était entendue à 0,50 centimètres du côté gauhe.

OBSERVATION VI (personnelle).

Otite moyenne catarrhale subaiguë. Hypertrophie des amygdales. Catarrhe naso-pharyngien.

R..., Marie, 10 ans 1/2, écolière, est amenée par sa mère à la clinique gratuite de M. le Dr Moure, le 27 avril 1888.

Antécédents héréditaires : Rien à noter de ce côté.

Collatéraux. — Quatre frères morts en bas âge (8 mois, 16 mois, 1 an et 3 ans 1/2). Ils ont succombé, nous dit la mère, les uns à la suite d'*épanchements du cerveau*, les autres pendant le travail de la dentition. Un frère bien portant âgé de 9 ans 1/2.

Marie a été élevée difficilement, on l'a élevée à la cuillère. A l'âge d'un an, *fluxion de poitrine*, dont elle s'est très bien rétablie. A 18 mois, rougeole, ayant duré huit jours. Presque aussitôt, elle contractait une varicelle qui ne persista guère plus longtemps. Depuis, elle a toujours été bien portante.

Depuis 3 mois environ, on a remarqué que cette enfant avait de la dureté de l'ouïe. Elle répondait presque toujours de travers aux questions qui lui étaient adressées ; « *elle semblait une idiote* », nous dit sa mère.

Du côté droit, douleur légère à l'oreille s'accompagnant de sifflements de vapeur.

A noter que la malade avait un coryza chronique et mouchait constamment.

Examen — (a) *Nez :* Congestion très prononcée de la muqueuse pituitaire qui est hypertrophiée au niveau des cornets ; nombreuses mucosités dans les fosses nasales.

(b) *Pharynx* : Rougeur des piliers antérieurs. Les amygdales hypertrophiées sont presque au contact sur la ligne médiane. Les mucosités s'écoulent en nappe de l'arrière-nez dans le pharynx.

(c) *Oreilles* : Conduit auditif externe, sain de chaque côté. — Le tympan à droite est rosé, œdémateux, mais laisse apercevoir cependant dans la caisse un épanchement séro-muqueux qui remplit cette cavité. A gauche, dépression analogue, le manche du manteau est relevé.

La perception crânienne est normale.

La montre est entendue à 0,04 centim. du côté droit, et à 0,03 du côté gauche.

La voix est normalement entendue à gauche, tandis que du côté droit elle est difficilement perçue.

Le Rinne est négatif des deux côtés.

Traitement. — Teinture d'iode aux apophyses mastoïdes. Gargarismes avec eaux de Salies, poudre à priser, irrigations nasales.

On pratique sur les amygdales trois séances d'ignipuncture avec le galvano-cautère.

16 juillet : Les phénomènes objectifs ont disparu à peu près complètement. Il ne reste guère qu'un peu de dépression du tympan du côté gauche.

La montre à droite est entendue à 0,18 c.

» à gauche » à 0,30 c.

La voix basse est entendue à 0,40 c.

La malade est venue d'une façon à peu près régulière deux fois par semaine à la clinique, et chaque fois il lui a été fait des insufflations par le procédé de Politzer.

CONCLUSIONS

I. En résumé, il ressort de l'étude à laquelle nous nous sommes livré que l'otite moyenne catarrhale subaiguë, dans le jeune âge est une maladie très fréquente.

II. On l'observe surtout dans les temps froids et humides, comme dans l'hiver, au printemps, à l'automne; mais elle est fréquente aussi l'été, et, selon toute vraisemblance, est alors occasionnnée par les variations brusques de température.

III. L'ensemble symptomatique dont s'accompagne le catarrhe subaigu de l'oreille moyenne permettra aisément d'en reconnaître l'existence; nous attirerons particulièrement l'attention sur l'épanchement de liquide dans la caisse, qui constitue, quand il se rencontre, un signe précieux.

IV. Il sera aisé de différencier l'otite subaiguë des affections du conduit auditif externe, de la myringite, de l'otite chronique, etc., etc.; la distinction sera parfois moins facile avec l'otite moyenne aiguë.

V. Les complications de cette affection sont assez rares et le pronostic en est par lui même très bénin; il ne faudra cependant pas oublier que certains cas sont parfois déplorables par suite de la marche de la maladie.

VI. Le traitement consistera dans l'application de révulsifs sur l'apophyse mastoïde, dans l'administration de purgatifs répétés; au besoin on pratiquera aussi des saignées locales.

L'évacuation du liquide, s'il y a lieu, sera faite soit par l'aspiration, soit mieux encore, par la paracentèse. Dans tous les cas, seront indiquées les douches d'air dans l'oreille moyenne, et pour les effectuer nous recommandons surtout le *procédé dit de Politzer*, très pratique et presque toujours suffisant.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alard. — Essai sur le catarrhe de l'oreille (Thèse de Paris, an xi).

Bonnafont (J. P.). — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition (Paris 1860, in-8°).

Deleau. — Introduction à des recherches pratiques sur les maladies qui occasionnent la surdité (Paris 1834, in-8°).

Delstanche. — Etude sur les bourdonnements de l'oreille (Thèse d'agrégation de Bruxelles 1872, in-8°).

Duplay (S.). — Maladie de l'appareil auditif in Traité élém. de Pathol. ext., par Follin et S. Duplay (Paris 1872, in-8°).

Gellé. — Précis des maladies de l'oreille (Paris 1883).

Hubert-Valleroux (M. E.). — Essai théorique et pratique sur les maladies de l'oreille (Paris 1846, in-8°).

Itard. — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition (Paris 1821, 2 vol. in-8°, 2e édit. Paris 1842).

Kramer. — Traité des maladies de l'oreille et de ses annexes (Traduct. franç. par *Ménière*. Paris 1848, in-8°).

Ladreit de Lacharrière. — Art. Oreilles (Dict. Encyclop. des Sc. médic., t. xviii, 2e série. Paris 1821).

Miot. — Traité pratique des maladies de l'oreille ou leçons cliniques sur les affections de cet organe (Paris 1871, in-8°).

Politzer. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. (Traduct. franç. par *A. Jolly*. Paris 1884).

Rau. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde f. Aerzte u. Studirende (Berlin 1856, in-8°).

Toynbee. — The Diseases of the Ear, their nature, Diagnosis and Treatment (London 1860, in-8°).

Troltsch (A. de). — Anatomie de l'oreille appliquée à la pratique et à l'étude des maladies de l'organe auditif (Traduit de l'allemand par *van Biervliet*. Paris 1863, in-8o).

Troltsch (A. de). — Traité pratique des maladies de l'oreille. Trad. franç. par *Kuhn* et *Lévi*, Paris, 1870, in-8°.

Urbantschitsch. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien, 1880, in-8°. Trad. franç. par *R. Calmettes*, Paris, 1881, in-8°.

Revues et Journaux.

Allemands.

Archiv. f. Ohrenheilkunde. Leipzig.

Monatschrift f. Ohrenheilkunde. Berlin.

Reitschift f. Ohrenheilkunde. Wiesbaden.

Anglais.

American Journal of Otology. New-York.

Transaction of the american otologic Society.

Français.

Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Paris.

Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. (de Moure, de Bordeaux. — Paris.

12,687. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjean, 17.